

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1908, à 1 heure

DE LA

Péritonite Puerpérale Généralisée

PAR

M. MASURE

<i>Président :</i>	M. BAR	<i>Professeur</i>
<i>Juges. . .</i>	{ MM. HARTMANN LENORMANT JEANNIN }	<i>Agrégés</i>

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

354

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

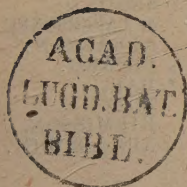
Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1908, à 1 heure

DE LA

Péritonite Puerpérale Généralisée

PAR

M. MASURE



<i>Président :</i>	M. BAR	<i>Professeur</i>
<i>Juges. . .</i>	{ MM. HARTMANN- LENORMANT JEANNIN }	<i>Agrégés</i>

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHT.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	{ DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	GILBERT-BALLET.
	ROGER.
	{ HAYEM.
Clinique médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ LE DENTU.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.....	{ RECLUS.
	{ SEGOND.
	de LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique.....	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ PINARD.
Clinique d'accouchements.....	{ BAR.
	{ POZZI.
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile.....	Albert ROBIN.
Clinique thérapeutique.....	

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANE.
BEZANÇON Fernand	DESGRAZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL Pierre.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA André.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	SICARD.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	ZIMMERN.
CLAUDE.	JOUSSET André.	MORESTIN.	
	LABBE Marcel.	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques ; M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA

Péritonite puerpérale généralisée

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

faible témoignage de reconnaissance.

A MA MARRAINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
A MONSIEUR LE DOCTEUR BAR

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR Gr. JEANNIN
Professeur agrégé d'obstétrique

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Le temps passe, dit-on, mais c'est nous qui passons.

Oui, nous avons passé, mais il nous reste et *le souvenir* et *l'espoir*.

Nous le gardons bien agréable le souvenir de nos excellents Maîtres de Lille et de Paris. Mais, entre tous, M. le professeur agrégé Jeannin mérite notre reconnaissance toute spéciale. Les brillantes leçons éminemment pratiques qu'il nous fit à la clinique Tarnier, sous la très haute direction de M. le professeur Budin, de mémoire si unanimement vénérée, et les excellents conseils qu'il voulut bien nous prodiguer toujours et lors de ce dernier travail surtout, lui assurent notre gratitude profonde et sincère.

M. le professeur Bar veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il recoive ici nos plus sincères et plus respectueux remerciements.

Nous le gardons tout aussi agréable encore le souvenir de nos camarades des deux Facultés. Toujours resté en excellents rapports avec nos « vieux » amis de Lille dont quelques-uns nous sont liés depuis notre plus tendre enfance, nous espérons aussi que nos bons camarades de Paris se souviendront avec plaisir de notre passage à la Faculté.

Enfin, l'espoir nous est au cœur aussi que nous allons trouver encore chez nos nouveaux « aînés » les conseils, l'exemple et surtout la bonne « camaraderie » que toujours nous avons recherchée.

INTRODUCTION

Dans les conclusions de sa thèse de 1881 le docteur Mosimann disait : « Avons-nous le droit d'inciser l'abdomen dans la péritonite puerpérale ? Pour résoudre cette question, il convient d'abord de rappeler que, si l'on n'a jamais le droit de faire sur son semblable une opération dans le seul but d'éclairer la science, à côté de cette défense absolue, il y a pour le médecin un devoir, celui de lutter jusqu'au bout, jusque dans l'agonie, contre la maladie. Oui, l'on a le droit de tenter cette opération si on la croit nécessaire à son malade. D'ailleurs qu'on la tente une première fois sur un malade dans un état désespéré et si cette opération réussit, qu'on applique le traitement chirurgical à toute péritonite. »

Après avoir tout d'abord examiné l'étiologie et les divers symptômes de la péritonite puerpérale généralisée, nous montrerons les immenses progrès qu'a fait depuis cette époque la question du traitement chirurgical. La science a depuis peu si brillamment évolué que les rôles sont aujourd'hui renversés. Jadis la péritonite n'avait qu'à paraître au cours d'une affection chirurgicale ou obstétricale, pour que le malade devienne aussitôt un *noli me Tangere* voué le plus souvent à une mort prochaine : elle est maintenant, tout au contraire, quand elle est dûment constatée, le signal d'une intervention armée dans un grand nombre de cas : c'est elle qui force la main du chirurgien alors que naguère encore elle le paralysait.

ETIOLOGIE

Lorsqu'une accouchée a des accidents fébriles sans qu'aucune cause pathologique indépendante de son accouchement puisse expliquer l'ascension de la température, les frissons... etc... qu'elle présente, c'est qu'elle a été infectée par l'*accoucheur*, par l'*entourage*, par *elle-même*, ou par son *fœtus*.

Ces différentes causes d'infection peuvent donc être réparties en deux groupes :

Ou bien l'agent infectieux a été introduit de l'extérieur dans les voies génitales. L'infection est *hétérogénétique* ;

Ou bien les accidents sont causés par les microbes que renferme constamment le vagin insuffisamment désinfecté, ou par la putréfaction fœtale intra-utérine : l'infection est alors *autogénétique* ;

Dans le premier cas, ce qui a servi de véhicule aux agents pathogènes, ce sont les doigts ou les instruments de l'accoucheur, ce sont encore ceux d'une garde-malade malpropre, ce sont aussi ceux de l'accouchée elle-même ; ce sont parfois des linges, des éponges, des tampons non désinfectés ou consécutivement souillés ; c'est une canule employée les jours précédents par quelque blennorrhagique ou quelque autre accouchée atteinte d'accidents septiques.

Notons ici la gravité toute spéciale des perforations utérines si fréquemment rencontrées dans l'avortement

criminel ou dans des tentatives d'avortement que la malade ensuite garde cachées pour le médecin tout aussi bien que pour son entourage. Tantôt la perforation sera directement faite par quelque commun instrument bien simple, tantôt elle ne sera que le terme d'une gangrène consécutive à quelque plaie septique identiquement occasionnée.

Sans passer ici en revue toutes les circonstances qui favorisent l'infection puerpérale, mentionnons toutefois l'importance que prennent surtout les présentations vicieuses, et naturellement toutes les interventions nécessaires; notons aussi le mauvais pronostic de la môle hydatiforme et de la rétention des membranes.

Les infections autogénétiques ont été contestées à tort par les Allemands au Congrès de Berlin, puis au Congrès de Paris en 1900, et la clinique est tenue d'admettre la reviviscence "*in situ*" des microbes pathogènes préexistants dans les voies génitales, et la possibilité de la généralisation d'une telle infection après l'accouchement, sans nouvel apport de microbes pathogènes de l'extérieur.

Ces germes peuvent venir d'un point quelconque de l'organisme ou peuvent habiter d'avance les voies génitales: les premiers, nous venons de le dire, sont tantôt apportés par les doigts de la femme elle-même à la vulve, tantôt introduits par contagion médiate. C'est ainsi que les microbes intestinaux peuvent envahir l'utérus par la voie vulvo-vaginale (féces contaminant des déchirures), par la voie transpéritonéale (migration du coli-bacille vers l'utérus à la faveur d'adhérences consécutives à des annexites par exemple).

Dans quelles conditions les germes une fois parvenus dans l'utérus feront-ils naître une auto-infection? Il faut

évidemment d'abord qu'ils aient une certaine *vitalité*. Or cette vitalité leur sera vite acquise s'ils trouvent dans l'utérus des lochies ou caillots, des membranes ou débris placentaires, matériaux organiques qui leur servent de milieux de culture.

Il faut aussi que ces germes soient *virulents*, et cette exaltation sera favorisée par l'existence des plaies au niveau des parties génitales, ou par toute association microbienne, loi générale vraie toujours ici comme ailleurs.

Enfin les conditions individuelles de moindre résistance sont ici l'*épuisement nerveux*, les *intoxications* et les *infections* concomitantes; et surtout la *longueur*, la *difficulté du travail* et les *hémorragies*.

PATHOGENIE

C'en est fait des vieilles théories de l'irritation de la séreuse par le poids de l'utérus gravide, de la théorie des métastases laiteuses, ou de celle de la suppression des lochies, et, de quelques autres encore.

Le microbe en cause est en règle générale le streptocoque seul ou associé à d'autres microorganismes.

On a parfois rencontré le gonocoque, mais ce dernier, ne se trouvant pas dans un milieu favorable dans le péritoine, déterminerait toujours une inflammation circonscrite et non pas une péritonite généralisée : c'est ce que M. le professeur agrégé Vidal a magistralement démontré dans sa thèse de doctorat de 1889.

Mais quelle est la voie qu'emprunte le streptocoque pour atteindre la séreuse péritonéale ?

Deux voies s'offrent à lui : la voie lymphatique et la voie tubaire. Les recherches de M. Vidal et celles de M. le professeur agrégé Wallich, consignées dans sa thèse de doctorat de 1891, nous permettent de conclure qu'il est plus facile aux microbes de passer dans le péritoine par la voie lymphatique que de s'y rendre par la voie tubaire. C'est qu'en effet les cellules mucoïdes de la trompe offrent un terrain propice à la fabrication du pus. Il est donc assez difficile d'admettre que les microorganismes puissent traverser les

trompes sans les léser pour se rendre à la séreuse péritonéale. Les recherches de M. Widal, au contraire, expliquent très bien que le microbe peut séjourner longtemps dans les lymphatiques, à l'état latent avant de déterminer toute la série des désordres de la péritonite, dont l'apparition parfois tardive est maintenant expliquée.

SYMPTOMES

Quelle que soit la nature de l'agent infectieux, de nombreux faits influent sur la physionomie et l'allure générale de la péritonite généralisée. M. Widal l'a excellemment décrit dans sa thèse : l'aspect clinique dépend moins encore de la nature du microbe pathogène que de la quantité des germes infectants, de leur virulence et du terrain sur lequel ils évoluent. Les modalités cliniques qui se rencontrent en nombre considérable peuvent être ramenées à trois types principaux :

- 1° La forme suraiguë ;
- 2° La forme aiguë, phlegmasique ;
- 3° La forme subaiguë et latente.

Infection suraiguë. — L'aspect de la malade est celui d'une opérée en état de shock, et ce qui prédomine en cette forme est le tableau clinique des signes généraux de l'empoisonnement.

Le début est, en règle générale, tout à fait insidieux mais en quelques heures se dessinent successivement tous les signes d'une véritable septicémie. Le visage paraît considérablement diminué, il semble que la face, qui a pris une teinte plombée, se soit ratatinée et que les yeux s'enfoncent dans les orbites ; le nez est mince, effilé ; les fibres musculaires sont rétractées, ce qui rend plus appréciables les

saillies osseuses : la langue est sèche et la soif ardente, des nausées incessantes sont rapidement remplacées par des vomissements verdâtres extrêmement amers, fécaloïdes à bref délai.

Les signes locaux sont assez peu marqués : les phénomènes septicémiques plongent la malade dans un état d'indifférence relative vis-à-vis de la douleur, le ventre ballonné est peu douloureux à la pression. Dans la plupart des cas, le thermomètre reste aux environs de la normale sans aller à 38° ; l'hypothermie, plus fréquente même, peut aller à 35° 5 ; le pouls rapide et faible peut à peine être compté et doit surtout être souvent examiné.

Enfin, fait à retenir, la malade est parfois dans un état de béatitude qui donne le change à un entourage inexpérimenté. Un symptôme important, mais contraire au précédent, est l'agitation dans certains cas : la malade veut incessamment changer de place, remue les bras et les cuisses, en un véritable état de subdélire. Cette agitation est du plus fâcheux augure et la mort est à peu près fatale en trente-six à quarante-huit heures.

Remarquons ici, avec M. Guinard, comme les deux termes " Péritonite " et " Hypothermie " jurent d'être accouplés.

Le péritoine est une séreuse qui résorbe avec une intensité et une rapidité parfois foudroyantes les toxines secrétées à son contact. Il en résulte des phénomènes d'intoxication des plus variés avec des symptômes généraux qui donnent à chaque infection particulière une physiologie spéciale. Le terme *Infection du péritoine* nous permettrait plutôt de voir sans surprise les malades pré-

senter les signes d'empoisonnement véritable avec la fréquence et la petitesse du pouls et surtout avec l'hypothermie.

Infection aiguë. — Les manifestations locales prédominent ici : la douleur domine tout et attire l'attention sur l'abdomen dès le début. D'abord localisée, cette douleur absolument intense se généralise bien vite à tout l'abdomen et dès lors la malade ne peut plus supporter le moindre contact : les couvertures, la chemise même en sont éloignées ; les cuisses sont fléchies pour relâcher les parois abdominales. Il ne faut donc songer à prescrire la vessie de glace qu'à la condition de la suspendre à un cerceau qui la laisse simplement affleurer la peau.

En dehors de cette douleur, le symptôme le plus constant est le vomissement de liquides glaireux, muqueux et bientôt bilieux. Quoique l'aspect porracé de ces vomissements soit absolument caractéristique, il ne faut pas ignorer que ces vomissements se rencontrent encore assez souvent et peuvent faire croire à une occlusion intestinale. Cette erreur est rendue plus facile d'ailleurs par une véritable paralysie intestinale accompagnée d'une constipation absolue parfois. Nous retrouvons ici la loi de pathologie générale d'après laquelle toute membrane musculaire est paresiée ou paralysée quand la séreuse attenante est enflammée : telle la paralysie du diaphragme provoquée par les épanchements purulents de la plèvre ; telle encore la paralysie du voile du palais dans le cas d'angine phlegmonieuse intense.

Il est aisé de comprendre que cette coprostase et la rétention des gaz surtout déterminent sans retard un ballonnement considérable : la peau de l'abdomen, tendue,

paraît lisse et vernissée, mais les anses intestinales ne se dessinent pas en relief comme dans l'occlusion vraie.

D'autre part, l'absorption étant à peu près nulle à la surface de la muqueuse, les urines sont rares et foncées en couleur.

La température, qui, dans la forme suraiguë restait plutôt inférieure à la normale, s'élève ici à 40°, mais notre guide le plus sûr et le plus précieux sera toujours le pouls, que l'on trouve petit, dur et serré, trois traits classiques qui caractérisent nettement le pouls de la péritonite aiguë franche.

Quant à l'état général, il est lamentable pendant les cinq ou huit jours que dure habituellement la péritonite aiguë. Remarquons cependant que bien des cas évidents ont parfois évolué en quatre et même cinq semaines. La soif ardente, les hoquets et les vomissements de la malade sont particulièrement pénibles parce que précisément leurs indications sont contraires.

Progressivement et sans que l'intelligence se modifie, ces différents symptômes s'aggravent jusqu'au jour où, indice d'une terminaison funeste à brève échéance, ils paraissent s'amender considérablement. La malade tombe alors et succombe ensuite dans l'état de béatitude dont nous avons parlé plus haut, ou bien encore à cette première phase d'amélioration succède rapidement l'agitation et le subdélire qui accompagneront la malade jusqu'à la mort.

Infection subaiguë et latente. — M. le professeur Le Dentu a caractérisé ce troisième type « une ébauche de la forme aiguë, mais une ébauche dans les symptômes et *non dans la gravité* ».

Les comparaisons certes ne nous manqueraient pas pour faire remarquer précisément le danger de cette forme insidieuse et latente ; de toute façon, en effet, lorsque l'on a su éviter l'erreur facile de diagnostic il est souvent bien tard pour subvenir efficacement.

Tous les signes classiques peuvent s'y retrouver mais à peine ébauchés toujours : la température dépasse à peine 37°, le pouls est *presque* normal, le ventre est *peu* ballonné, la palpation n'en est *pas très* douloureuse, le facies n'est *guère* modifié.

Mais il est un signe particulier sur lequel insiste M. Le Dentu : ce signe est la "*regurgitation fécaloïde*". La malade a des renvois avec une gorgée de liquide au lieu des vomissements franchement constatés dans les deux formes précédentes,

Comme nous l'avons d'ailleurs spécifié avant de retracer ces trois types ainsi classiquement définis, nous ne retrouverons jamais en pratique que des modalités voisines et intermédiaires, mais pour lesquelles nous saurons entrevoir la nécessité et l'urgence de l'intervention d'une part, et les probabilités d'un heureux dénouement, parfois, d'autre part.

Diagnostic différentiel. — En règle générale, l'histoire du passé génital ou les renseignements immédiatement recueillis permettent d'établir à coup sûr le diagnostic d'infection péritonéale. Mais, dans certains cas, lors d'un avortement criminel, par exemple, un examen trop rapide et trop superficiel de la malade pourrait induire en erreur et laisser croire au clinicien qu'il doit traiter une obstruc-

tion intestinale ou quelqu'une des affections douloureuses connues sous le nom de coliques.

Pensons donc à toutes les coliques en mettant au premier rang la colique néphrétique puis la colique hépatique, la colique utérine, etc... Dans tous ces états, la constipation n'est jamais aussi absolue, les vomissements ne sont pas aussi rapidement fécaloïdes et à chaque affection appartiennent des signes spéciaux caractéristiques (siège précis des douleurs, irradiations, etc.)

Pensons aussi aux névralgies abdominales qui peuvent à la rigueur en imposer, bien que les éclairs douloureux qui sillonnent l'abdomen ne rappellent en somme que de loin la douleur que nous venons de décrire.

La seule erreur qui mérite surtout notre attention, parce que c'est elle qu'on a commise le plus souvent, est celle qui consiste à prendre pour une obstruction intestinale une infection péritonéale. Ce qu'il faut avoir bien présent à l'esprit c'est que certaines formes d'infection péritonéale, et particulièrement la forme suraiguë, peuvent s'accompagner des trois symptômes donnés partout comme pathognomoniques de l'obstruction : la *constipation absolue*, les *vomissements fécaloïdes* et l'*hypothermie*.

Quelles sont les faibles nuances qui séparent cette occlusion paralytique de l'occlusion mécanique ? La constipation est moins absolue, les vomissements moins souvent fécaloïdes, dit Duplay ; la douleur est plus généralisée, plus superficielle, le météorisme est plus accentué dit M. Jalaquier.

L'œdème de la paroi est encore en faveur de l'infection du péritoine.

Enfin le frisson du début et la fièvre appartiennent encore plutôt à l'infection péritonéale.

Mais, en résumé, on le voit, on ne peut donner aucun signe certain qui permette de distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'autopsie l'on retrouve différentes variétés anatomiques qui répondent aux trois formes cliniques que nous venons de décrire.

Le sujet a-t-il succombé, rapidement intoxiqué, dès le début de l'infection ? On ne trouve alors presque pas de liquide péritonéal quoique exceptionnellement pourtant un sérieux épanchement, formé en quelques heures, puisse étonner l'opérateur.

Dès que la paroi abdominale a été incisée, les anses intestinales fortement distendues font hernie ; d'aspect rosé, couvert d'arborisations plus ou moins visibles, l'intestin paraît au toucher poisseux et dépoli.

Il ne faut pas ignorer cependant que souvent ces lésions sont fortement atténuées, mais il faut se garder de chercher ailleurs, d'incriminer par exemple le *shock* nerveux pour expliquer les causes d'une mort aussi soudaine.

Dans la forme lente et subaiguë, l'épanchement est toujours beaucoup plus considérable, Il se présente, en règle générale, comme une sérosité louche tenant en suspension des flocons fibrineux, mais il n'a pas cependant l'odeur stercorale infecte des péritonites par perforations intestinales. Les anses intestinales, rosées, flottent dans le liquide et ne sont pas agglutinées entre elles comme nous allons le voir dans la troisième forme ou forme phlegmasique aiguë.

Dans cette forme, en effet, la réaction de la séreuse est beaucoup plus évidente. Il existe à la surface des anses intestinales, rougeâtres et couvertes d'arborisations, un exsudat fibrineux et collant qui les agglutine entre elles, si bien que l'on retrouve des paquets intestinaux arrondis en boule. Les sillons formés par l'accolement des cylindres intestinaux sont précisément comblés par l'exsudat agglutinatif qui donne aux différentes masses l'aspect de véritables gâteaux. Le liquide est aussi plus franchement purulent, se rapprochant parfois du pus verdâtre épais et bien lié "*bonum et laudabile*" des suppurations à pneumocoques. Il faut même exercer une certaine violence pour décoller les anses agglutinées par cet exsudat fibrineux qui, d'autre part, lorsque l'affection évolue vers la guérison, peut, en se rétractant, enserrer plus ou moins les anses et amener une gêne souvent considérable dans la circulation des matières. Ainsi s'expliquent les obstructions par brides, coudures, ou torsion que l'on observe longtemps encore après la guérison parfois.

TRAITEMENT

Faut-il opérer ?

Depuis longtemps déjà, mais de loin en loin, quelque clinicien avait pu, en ponctionnant ou en ouvrant l'abdomen de la malade en obtenir la guérison. Mais c'est en 1886, avec la thèse d'agrégation de Truc et en 1889 avec le rapport de Bouilly devant le Congrès de chirurgie, que fut classiquement accepté le traitement chirurgical de la péritonite.

M. le professeur agrégé Jeannin a recueilli dans la littérature médicale 121 observations de péritonites puerpérales généralisées chirurgicalement traitées. L'examen sérieux et approfondi de toutes ces observations nous a montré que ces opérations ont donné :

60 guérisons

61 morts

c'est-à-dire une proportion de guérisons de 50 pour 100.

Si l'on considère qu'auparavant le diagnostic de la péritonite équivalait presque à un arrêt de mort, ne pouvons, nous pas nous flatter avec Bouilly qu'avoir osé agir est déjà un progrès ?

Quelques éléments toutefois font évidemment varier le pronostic opératoire.

1° Si nous comparons en effet l'influence de la marche clinique de l'affection, nous voyons, d'après la statistique de notre maître, M. le professeur agrégé Jeannin, que les formes "*aiguës*" font tomber à 41 pour 100 la proportion des guérisons ;

2° Nous avons aussi remarqué que le pronostic est constamment meilleur au fur et à mesure que le début des accidents péritonitiques est plus tardif ;

3° La différenciation est aussi nécessaire entre la péritonite "*post partum*" et la péritonite "*post abortum*", et nous pouvons conclure des mêmes statistiques toujours que le pronostic opératoire est manifestement plus favorable en cas de péritonite "*post abortum*" que lorsqu'il s'agit de péritonite "*post partum*";

4° Nous devons encore tenir compte de la cause immédiate de la péritonite, car dans tous les cas où l'infection est réellement secondaire à une lésion annexielle l'intervention a été couronnée de succès ;

5° D'un autre côté, la façon dont le péritoine a réagi à l'infection influe beaucoup sur le pronostic opératoire. Nous distinguons à ce point de vue quatre formes distinctes : la péritonite suraiguë, la péritonite aiguë diffuse, la péritonite phlegmoneuse à grand épanchement purulent, la péritonite généralisée à kystes purulents multiples. L'intervention chirurgicale dans la première forme ne compte pas encore de succès dans les différentes statistiques, mais elle donne dans les autres cas une proportion de guérisons de 30 pour 100, 60 pour 100 et 80 pour 100 ;

6° Pour terminer enfin l'étude de ces éléments de pronostic, rappelons qu'en plus de la nature de l'intervention chirurgicale dont nous examinerons bientôt l'influence,

nous devons encore faire état de la nature microbienne de la péritonite, ou, plus exactement, du degré de virulence de l'agent pathogène : streptocoque, gonocoque et diplostreptocoque.

Jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale appliquée au traitement des péritonites puerpérales généralisées.

Cette intervention a amené la guérison dans la proportion de :

Pour la totalité des cas recueillis	49.5 p. 100
Pour les péritonites généralisées chroniques	100 p. 100
Pour les péritonites généralisées aiguës	40 p. 100
Pour la péritonite suraiguë	0 p. 100
Pour la péritonite aiguë diffuse	30 p. 100
Pour la péritonite purulente	60 p. 100
Pour la péritonite à kystes multiples	80 p. 100

Mettons ces résultats en regard du pronostic de la péritonite puerpérale abandonnée à elle-même :

Si l'on retranche des statistiques d'une part les pelvopéritonites, et de l'autre les péritonites guéries grâce à l'intervention, l'on arrive à cette conclusion que toutes les péritonites généralisées traitées par les seuls moyens médicaux se terminent par la mort. C'était la façon de voir de Bouilly, qui est intervenu pour ne pas « assister en spectateur impuissant à ce drame dont la mort est toujours le dénouement ».

C'était aussi la façon de voir de Tarnier, qui assimilait le diagnostic de péritonite à un arrêt de mort frappant la nouvelle accouchée.

C'est encore la conclusion nettement formulée dans la thèse de Walisch, et, tout récemment, par Kownatski, qui considère la malade comme désespérée même dans la forme à marche lente.

De cette double vérité clinique, évolution fatale des péritonites abandonnées à elles-mêmes, fréquence des succès opératoires, se dégage naturellement cette conclusion : *Toute péritonite généralisée doit être, sitôt diagnostiquée, chirurgicalement traitée.*

Nous n'insisterions pas sur cette proposition qui semble évidente à la presque unanimité des accoucheurs si quelques cliniciens, impressionnés par des séries malheureuses, n'avaient conclu à la gravité de toute intervention opératoire. La meilleure réponse est fournie par les chiffres et d'ailleurs tous les auteurs qui ont fait de cette question une étude spéciale concluent à la nécessité de l'intervention.

Telle est la conclusion du rapport de Bouilly en 1889 ; telle est la conduite préconisée par Tarnier en 1894, par Budin et Brindeau en 1901, et vantée successivement par Boldt, Seppel, Léopold et Krogus, dont ne saurions mieux faire que d'appliquer la formule : « *La péritonite généralisée est une affection exclusivement chirurgicale que seul le traitement opératoire peut efficacement combattre.* »

Avant de décrire la méthode opératoire de choix, examinons les différents modes d'intervention, et les différents temps de l'opération elle-même.

Anesthésie. — Faut-il anesthésier la malade, et quel sera l'anesthésique ?

Certains opérateurs ont préféré n'avoir recours à aucune

anesthésie dans quelques cas où l'intervention consistait dans une colpotomie postérieure. Il ne nous semble pas que ce soit là une très bonne méthode surtout si la laparotomie est le mode d'intervention choisi.

Le chloroformé chez des malades débilités joue bien évidemment un rôle dans l'étiologie de la mort rapide post opératoire, mais certains opérateurs se sont mis à l'abri de cet inconvénient en se contentant d'une anesthésie très légère, juste suffisante pour étourdir la malade et l'empêcher de souffrir lors de l'incision cutanée.

L'éther a sur le chloroformé l'avantage, capital en l'espèce, d'être un tonique du muscle cardiaque. Toutefois son emploi sera rigoureusement prohibé s'il existe la moindre inflammation des bronches ou des poumons.

Dans certains cas les associations de différents anesthésiques telle que celle du chlorethyle avec le chloroforme ou bien encore celle de la morphine avec le chloroforme, seront d'une utilité très appréciable.

Méthodes opératoires. — Comme en toute autre affection la cœliotomie peut-être faite ici soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, soit par l'une et l'autre à la fois.

A) Laparotomie. — Tout d'abord faut-il placer la femme dans la position de Trendelenbourg ? Bien que nous nous occupions exclusivement des péritonites généralisées, c'est-à-dire de celles où toute la séreuse est contaminée, nous devons tenir compte d'une erreur possible de diagnostic et choisir pour l'opérée la position horizontale afin d'éviter en ce cas le reflux vers la région sus-ombilicale des liquides contenus dans le pelvis. La table néanmoins sera

mobile et nous permettra toujours la position déclive en prévision de la nécessité où l'on peut se trouver d'enlever l'utérus et les annexes.

Faut-il, avec Forgue, Tarnier et Lejars, se contenter d'une incision unique, médiane et sous-ombilicale, "*de dimensions restreintes*" même ?

Evidemment cette laparatomie médiane, de beaucoup la plus simple, permet mieux que tout autre procédé l'exploration de la cavité infectée, tout en rendant très rare l'issue des anses intestinales dilatées ; évidemment encore le drainage se fait ; mais comme il faut assurer au pus une voie d'écoulement aussi parfaite que possible, les chirurgiens, la plupart du moins, ne la considèrent plus que comme un premier temps nécessaire mais insuffisant de l'intervention.

Quelles seront donc les incisions de drainage à choisir ? M. Mauclore préconise deux incisions au niveau des fosses iliaques, parallèles aux arcades de Fallope ; d'autres les combinent à l'incision médiane déjà mentionnée ; d'autres ont proposé de faire quatre incisions antérieures, et d'autres ont conseillé deux incisions médianes et deux incisions latérales. Ces deux procédés ne possèdent pas une valeur égale : on peut reprocher à la double incision inguinale de rendre bien difficile l'exploration intra-abdominale et de n'assurer qu'un drainage peut-être imparfait. Le même reproche peut s'adresser à la combinaison de l'incision médiane et des deux inguinales, bien que dans ce cas l'utérus soit plus facilement exploré.

Nous préférons la combinaison de l'incision médiane à deux incisions latérales que nous ferons, non pas parallèles aux arcades de Fallope, mais à la limite de la région

lominaire, que nous dépasserions même en arrière si les pansements consécutifs n'étaient pas une source d'ennuis et surtout de dangers, en raison de l'état de shock particulièrement redoutable.

Lavages. — La conduite à tenir une fois le ventre ouvert est encore aujourd'hui discutée.

Tarnier, dans ses leçons de 1894 sur l'asepsie en obstétrique, Burtenshaw et Boldt, en Amérique, Lejars et Léopold insistent tous sur la nécessité d'un lavage de la séreuse. Tandis que au Congrès de Bruxelles (septembre 1905) Friedrich, Ulmann et Sonnenburg déclarent aussi condamnables que naïves toutes les tentatives de nettoyage de la cavité péritonéale par déballage des intestins et irrigations abondantes.

Quelles sont donc les critiques adressées au lavage du péritoine ?

a) « L'infection est généralisée par le lavage à toute la cavité abdominale ». Le danger évidemment est tout aussi indéniable que le fait souvent constaté lui-même ; mais ce péril est illusoire pour tous les cas de péritonite généralisée, variété qui seule nous intéresse ici.

b) « Le lavage traumatise la séreuse péritonéale ». Il semble que ce traumatisme doit être plutôt bien faible si l'on emploie un sérum physiologique à l'exclusion de tout antiseptique irritant, que dire, d'ailleurs, des compresses de gaze employées dans les tentatives de nettoyage à sec ?

c) « Le lavage augmente la durée de l'opération ». Mais, l'élément « durée », répond M. Delbet, ne compte dans une intervention que par la gravité du traumatisme, le refroidissement, et les risques d'infection. Il est dès lors

relativement aisé de se mettre à l'abri de ces dangers : la solution aseptique sera chaude et la canule de verre, à l'exclusion de la main ou de tout instrument, pénétrera seule dans la cavité péritonéale.

d) « Le lavage est illusoire enfin puisque la totalité du pus n'est pas enlevée ».

Disons d'abord que l'irrigation, pour être insuffisante, n'est pas forcément inutile, mais, au contraire, donne un résultat excellent par le seul fait qu'elle diminue le nombre des microbes et l'abondance des toxines que peut résorber la séreuse, fait sur lequel M. le professeur Roger a si bien attiré l'attention.

En résumé, aucun reproche sérieux ne subsiste à l'irrigation péritonéale dans le cas d'infection généralisée. Nous ajouterons même que cette transfusion de sérum relève le pouls et augmente la diurèse, deux faits éminemment salutaires pour le pronostic de cette affection.

L'utilité et l'innocuité de ce lavage étant admises, de quelle substance faut-il faire usage ?

Les antiseptiques sont abandonnés aujourd'hui à cause de leur action toxique et surtout de leur action nocive vis-à-vis de l'épithélium péritonéal et des leucocytes, en un mot, des moyens de défense de l'organisme. C'est à la solution isotonique de chlorure de sodium qu'il faut avoir recours ; l'eau bouillie simple lui est incontestablement inférieure.

Nettoyage à sec. — Le procédé de nettoyage à sec de la séreuse consiste à promener des tampons d'ouate montés sur larges pinces, puis des compresses de gaze chaudes, sur les anses intestinales de la surface (et alors ce procédé

devient tout à fait illusoire) ou à essayer les anses à la main après avoir fait le « déballage » (et alors ce procédé devient dangereux par les risques de refroidissement, l'intensité du shock opératoire, et les traumatismes de l'épithélium péritonéal).

Substances modificatrices de la réaction péritonéale

— Durant ces dernières années l'on a tenté de modifier la réaction de la séreuse par l'introduction dans la cavité péritonéale de substances capables d'agir, soit comme antiseptiques, soit comme excitant, des défenses de l'organisme. Nous citerons en toute première ligne le « sérum leucocygène » de Raymond Petit, sérum de cheval chauffé, dont l'action est surtout préventive, mais qui montre encore une certaine activité favorable pendant les dix premières heures d'une inoculation expérimentale. M. Bonnaire a d'autre part expérimenté le collargol qu'il conseille de verser dans le péritoine même, au moment de l'intervention lorsqu'on ne fait pas de lavage, ou par les drains, lors du premier pansement, si l'on a eu recours à l'irrigation péritonéale.

L'oxygène enfin, soit sous forme d'eau oxygénée à quatre volumes, soit à l'état gazeux, et l'acide nucleinique, d'autre part, ont aussi tous deux donné d'excellents résultats.

Mais il est impossible à l'heure actuelle de porter un jugement précis sur ces méthodes dont le mode d'action est encore trop peu connu et qui peut-être même, à ce que prétend Hektoen sont absolument contre-indiquées parfois.

Drainage du péritoine. — Toute l'intervention, peut-on dire, n'a d'autre but que l'établissement d'un drainage

parfait, et, le risque d'infection exogène par les drains étant écarté par l'application surveillée de compresses abdominales, le principe du drainage n'a jamais été que très rarement contesté.

Le drainage par la gaze seule est peut-être bien imparfait, car la gaze souvent joue le rôle de bouchon,

Le drainage au moyen de tubes de caoutchouc est de beaucoup le plus fréquemment utilisé ; de préférence l'on se sert de tubes de gros calibre. Parmi les chirurgiens, les uns placent un seul drain, d'autres deux réunis en canon de fusil, d'autres enfin en mettent davantage même.

M. Lejars, au congrès de Bruxelles, a recommandé son procédé « mixte » où la gaze et les tubes sont très avantageusement associés, à la condition toutefois de ne pas presser la gaze de crainte qu'elle n'aplatisse et n'obstrue les tubes de caoutchouc.

B. Colpotomie. — La colpotomie postérieure est-elle avantageuse dans le cas de péritonite généralisée ?

Evidemment la colpotomie postérieure a pour elle sa grande simplicité : On déprime le périnée avec une valve courte et large, on abaisse le col avec une pince de museux, et l'on incise le cul de sac postérieur au bistouri. Sans être « habile chirurgien » tout praticien peut entreprendre cette opération avec des chances sérieuses de la mener à bien en quelques minutes. Cette cœliotomie basse présente en outre le grand avantage de pouvoir être suivie d'un drainage idéal puisqu'il est fait alors dans la région la plus déclive de l'abdomen.

Mais ce procédé mérite quelques graves reproches. Tout d'abord c'est un procédé aveugle qui ne renseigne ni

sur l'état de l'utérus et des annexes ni sur l'étendue des lésions de la séreuse.

Pour peu que le petit bassin soit plus ou moins séparé de l'abdomen par quelques adhérences, l'évacuation ne sera que très incomplète, la grande masse de l'épanchement restant dans la cavité abdominale.

De même des poches enkystées secondaires pourront passer inaperçues et ne seront pas traitées par conséquent.

Enfin M. Jeannin relate un cas de péritonite généralisée dans lequel, au cours de la colpotomie postérieure, une anse intestinale extrêmement dilatée, était venue faire clapet au niveau de l'ouverture du Douglas et s'opposait à l'issue du pus, nécessitant ainsi une laparotomie médiane consécutive.

Rappelons encore que l'on n'arrive pas toujours à ouvrir le péritoine en incisant le cul-de-sac postérieur.

Nous pouvons donc considérer la colpotomie postérieure comme une intervention généralement insuffisante dans les cas de péritonite généralisée.

C) Laparotomie associée à la colpotomie.

Ce procédé permet le drainage rationnel et parfait si énergiquement réclamé par M. Lejars dans son traité de chirurgie d'urgence.

Il est vrai cependant qu'on lui fait deux reproches, que nous allons montrer exagérés toutefois.

“ La durée de l'opération est augmentée ”.

Nous dirons qu'il est bien simple, dans le cas présent, d'opérer de haut en bas, sur une pince clamp entr'ouverte

introduite par le vagin pour soulever le cul-de-sac de Douglas, au lieu d'opérer de bas en haut, et, sans avoir ainsi aucunement besoin de mettre la femme en position obstétricale. Quelques instants suffisent pour ce petit supplément opératoire et le traumatisme ajouté est pratiquement négligeable.

“ *L'abdomen est ouvert dans le vagin* ” sans cesse souillé par l'écoulement des lochies.

Cette crainte des germes vaginaux nous semble exagérée : la cavité péritonéale n'est-elle pas en effet déjà beaucoup plus septique que le vagin lui-même ? Cette crainte ne serait donc justifiée que dans le cas où il n'y aurait pas de péritonite.

Cette discussion nous montre que l'association de la colpotomie à la laparatomie est un excellent procédé de traitement de la péritonite puerpérale généralisée.

D) Hystérectomie. — Les opinions varient beaucoup en ce qui concerne la valeur de cette opération dans la péritonite généralisée.

Nous citerons parmi les partisans résolus de l'hystérectomie M. Tuffier et son élève Bonamy, et, parmi les adversaires de cette opération M. Le Dentu et M. Mauriceau.

Enfin un troisième groupe de partisans “ sous réserves ” de l'hystérectomie comprend de nombreux chirurgiens qui la rejettent habituellement tout en lui reconnaissant quelques indications cependant.

De tous les arguments des partis en présence nous pouvons résumer que l'on a reconnu à cette intervention deux grands avantages et deux grands inconvénients.

D'une part, en effet, elle enlève le foyer septique, point de départ des accidents et établit en outre une large voie de drainage ; mais, d'autre part, elle mutile les femmes et détermine un shock opératoire plus considérable que toute autre intervention.

Mais, l'utérus septique est-il si dangereux quand la péritonite existe déjà, et que le drainage de l'abdomen est établi par ailleurs ?

N'est-ce pas acheter trop cher l'avantage de ce drainage qui peut assurément s'obtenir sans mutiler une femme qui doit guérir ?

Le shock opératoire considérable déterminé est la troisième raison qui nous porte à dégager les conclusions suivantes :

Il faut absolument s'abstenir de l'hystérectomie dans le traitement de la péritonite puerpérale généralisée quand l'utérus n'est pas perforé, ou quand la perforation est circonscrite par des bords peu malades. Si, au contraire, la perforation est nettement infectée il pourra être avantageux de pratiquer l'hystérectomie par voie abdominale.

Soins post-opératoires. — La *position de Fowler* ou position proclive dans laquelle on surélève la tête et le tronc par rapport au bassin permet l'écoulement naturellement facile par le drain vaginal. D'autre part au congrès de Bruxelles, Lennander a montré « qu'on doit faire tous ses efforts pour que l'estomac et l'intestin reprennent aussitôt que possible leur fonctionnement naturel ». Les lavages du rectum, du colon et de l'estomac, et un bon purgatif seraient de grande utilité.

M. Lajars insiste encore sur l'importance du drainage

de l'intestin ; on peut y pourvoir par l'administration répétée de lavements huileux.

Enfin l'injection sous cutanée, intra-veineuse, ou rectale de serum physiologique, maintenant la tension sanguine et le fonctionnement des émonctoires, acquiert une valeur très appréciable dans le traitement de cette infection.

MÉTHODE OPÉRATOIRE DE CHOIX

Pour résumer cette petite étude clinique, nous voulons décrire la méthode qui nous paraît s'appliquer le mieux à la plupart des cas de péritonite puerpérale généralisée.

A. — Indication de l'intervention :

“ Toute péritonite puerpérale diagnostiquée doit être opérée dans le plus bref délai ” tel est le principe clinique que nous permet d'affirmer bien haut la petite discussion que nous venons d'établir.

Les moyens médicaux sont des attermoiements dangereux qui laissent passer le moment d'élection pour opérer, sans d'ailleurs pouvoir enrayer la marche fatale de l'affection traitée. Tout est donc question de diagnostic : y a-t-il, ou, n'y a-t-il pas de péritonite ?

Frissons, vomissements, fièvre, douleurs abdominales sont des symptômes inconstants et que l'on retrouve dans d'autres affections ou qui n'apparaissent que trop tard parfois. Les différents auteurs qui ont traité ce sujet ne nous donnent pas grands renseignements.

Tarnier se borne à signaler la difficulté du diagnostic. M. Mauclaire déclare que “ si après le curetage utérin, l'irrigation continue, l'application de glace, les symptômes de péritonite ne s'améliorent pas... alors une exploration intra-abdominale rapide s'impose ”.

Parmi toutes ces incertitudes, nous devons reconnaître que le diagnostic sera souvent une affaire de sens, de tact clinique :

1° La *rapidité constante du pouls*, sa *petitesse*, le *désaccord entre le nombre des pulsations et l'élévation thermique* surtout ; 2° l'*accélération du rythme respiratoire* ; 3° l'*altération de l'état général* ; 4° les *anamnestiques* enfin (avortement provoqué surtout) nous permettent de croire à la péritonite généralisée.

D'ailleurs, l'important est d'intervenir quand on croit, sans en être mathématiquement certain, que cette lésion existe. L'abstention est en effet un arrêt de mort pour la malade, et, si l'on est intervenu mal à propos, l'intervention est-elle vraiment bien *dangereuse* et complètement *inutile* ?

Nous ne la voyons pas bien dangereuse car il s'agit alors d'une simple laparotomie exploratrice faite à l'aide de l'anesthésie locale. L'important est de savoir en pareil cas réduire au minimum l'acte opératoire et de savoir se contenter de la constatation "de visù" de l'absence de tout épanchement et de l'intégrité de la séreuse viscérale, en s'abstenant de toute exploration manuelle.

D'autre part, la laparotomie simple suivie de drainage de l'abdomen constitue un mode de traitement rationnel des formes graves de l'infection puerpérale en dehors de toute trace cliniquement appréciable de péritonite. Cette laparotomie comme le montrent Boquet et Sourdille ne supprime-t-elle pas l'énorme voie d'absorption que constitue précisément la séreuse ?

Supposons la péritonite diagnostiquée d'une façon certaine. Quand faut-il intervenir ?

Aucune hésitation sur ce point : Il faut opérer le plus tôt possible et les chances de réussite diminuent de jour en jour, d'heure en heure, dirons-nous même.

B. — Manuel opératoire. — La malade est couchée horizontalement sur une table mobile, et la région abdominale est aseptiquement préparée comme pour toute autre intervention sur la région.

Au point de vue de l'anesthésie, le mieux est de faire respirer à la malade un peu d'éther, mais si l'état de ses voies respiratoires et son état général donnent des craintes immédiates, mieux vaut se contenter d'une anesthésie locale par injection sous-cutanée de chlorhydrate de cocaïne. Dès que l'anesthésie est suffisante on incise les téguments.

Procédant couche par couche, sans oublier combien cette paroi est amincie du fait de la récente grossesse, on fait une première incision médiane de cinq à huit centimètres. sur la ligne blanche, plus près de la symphyse que de l'ombilic.

La cavité péritonéale une fois ouverte, de deux choses l'une : ou bien elle ne contient qu'une petite quantité de sérosité louche accumulée dans le cavum et que dans ce cas l'on peut épuiser à l'aide de compresses montées sur de longues pinces, ou bien elle contient du pus en abondance dont on peut favoriser l'issue par de douces pressions extérieures exercées par un aide au niveau des flancs.

L'opérateur, à ce moment, introduit deux ou trois doigts pour faire une rapide exploration et effondrer s'il y a lieu quelque poche enkystée ou quelque abcès volumineux des annexes. Cet examen sera prudent et rapide sous peine de devenir plus dangereux qu'utile.

On procède ensuite aux autres incisions que nous conseillons au nombre de trois : une au niveau du Douglas et deux au niveau des flancs. L'aide, écartant les cuisses de la malade, introduit en arrière du col un clamp courbe qui va soulever fortement le cul-de-sac postérieur, tandis que par l'abdomen, d'un coup de bistouri, l'opérateur sectionne le cul-de-sac entre les deux mors légèrement écartés de la pince. Le clamp peut alors saisir un gros drain que lui présente l'opérateur et se retirer ensuite en l'entraînant au travers de la brèche vaginale.

Les incisions abdomino-latérales, longues de cinq centimètres seront faites au niveau des flancs, sur le prolongement de la ligne axillaire, c'est-à-dire au point où la paroi latérale de l'abdomen se continue avec la paroi postérieure.

Il est maintenant inutile de prolonger l'anesthésie, la partie douloureuse de l'opération étant terminée.

Si l'on a constaté l'existence d'une péritonite *généralisée*, on fait le lavage de la cavité péritonéale, mais en cas de doute, ici comme ailleurs, il faudra s'abstenir.

Une longue canule de verre reliée à un bock-laveur permet de faire passer une quantité moyenne de dix à quinze litres de sérum physiologique à 40° ; le mieux est de continuer l'irrigation jusqu'à ce que le liquide revienne clair. Une certaine quantité de sérum restant dans la cavité favorisera la leucocytose au grand profit de l'état général.

Il n'y a plus ensuite qu'à drainer : deux drains accolés en canon de fusil sont passés dans chaque incision latérale et deux autres, divergents et plus gros, dans la plaie médiane. Quelques points de suture au crin de Florence,

intéressant tous les plans de la paroi, terminent l'intervention.

Le pansement très large et très épais sera renouvelé toutes les douze heures et l'on en profitera pour faire passer par les drains deux ou trois litres de sérum physiologique, à moins que l'on ne préfère introduire chaque jour vingt centimètres cubes de sérum leucocytogène de R. Petit. Quant au pansement vaginal classique, il sera peu " tassé " et le pansement vulvaire sera tout spécialement surveillé rigoureusement.

Les entéroclyses et les injections sous-cutanées de sérum, les injections d'éther et de caféine, au besoin, suffiront, dans les jours suivants, à progressivement améliorer l'état de la malade.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de la péritonite généralisée ne peut guère s'appuyer que bien légèrement sur les symptômes classiques, inconstants et retrouvés d'ailleurs dans d'autres affections.

Le traitement médical, d'autre part, peut être cause parfois d'atermoiements dangereux.

Le traitement chirurgical nous paraît le plus logique, et parmi les divers modes opératoires nous préférons la laparotomie associée à la colpotomie postérieure.

Cette intervention, facile à réaliser, peut dans certains cas même se passer de l'anesthésie générale.

Elle sera suivie d'un lavage de la cavité abdominale au sérum physiologique chaque fois que la péritonite généralisée sera certaine, et, dans tous les cas, de l'établissement d'un drainage surveillé, but principal de l'intervention chirurgicale.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BAR.

VU : LE DOYEN,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BOLDT. — Traitement chirurgical de l'infection puerpérale
(*American Journal of obstetrics* 1903).

BOQUEL. — Archives médicales d'Angers (1903).

BRINDEAU. — Péritonite puerpérale et laparotomie. (*Soc. d'obstétrique*, Paris 1903).

BURTENSHAW. — *Journal of the american méd. Assoc.*
(1903).

CAVAILLON. — Drainage de l'estomac dans les péritonites
aiguës (*Presse Médicale* 1906).

P. DELHET. — Lavage du péritoine (*Ann. de gynécologie*
1889).

DOLÉRIS. — Traitement de l'infection puerpérale (*Soc. d'obstétrique* 1905).

FAUCON. — L'acide nucléinique dans les infections puerpérales (*Thèse*, Lille 1906).

GUÉNIOT. — Une cause de difficulté de la colpotomie postérieure (*Soc. d'obstétrique* 1905).

HEKTOEN. — *Journal of the american méd. assoc.*
(mai 1906).

CYR JEANNIN. — *Bulletin de la Soc. d'obstétrique* (1904
et 1906).

LE DENTU. — *Bulletin Médical* (1905).

LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence (p. 383).

MAUCLAIRE. — *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* (1905),

MOSIMANN. — *Thèse* (Paris 1881).

R. PETIT. — De l'emploi du serum de cheval chauffé dans les infections en chirurgie abdominale (*Revue de gynécologie* 1904).

REBREYEND. — Plaies perforantes de l'utérus (*Thèse*, Paris 1901),

ROGER. — Maladies infectieuses (T. I.).

SOURDILLE. — *Revue de gynécologie* (1898, p. 857).

TARNIER. — Leçons sur l'asepsie (p. 722).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	9
Introduction	11
Etiologie	13
Pathogénie	17
Symptômes	19
Anatomie pathologique	27
Traitement.....	29
Méthode opératoire de choix.....	43
Conclusions.....	49
Bibliographie	51

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DES
FACULTÉS DE MÉDECINE

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

PARIS
